

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1932

THÈSE

93
N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Eugène GRUNFELD

Né le 28 Décembre 1901 à Oradea (Roumanie)

Ancien Interne de l'Hôpital de Meaux

ÉTUDE CLINIQUE

DES

PERFORATIONS COUVERTES

DES ULCÈRES

GASTRO-DUODÉNAUX

Président : M. GOSSET, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1932

59

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1932

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Eugène GRUNFELD

Né le 28 Décembre 1901 à Oradea (Roumanie)

Ancien Interne de l'Hôpital de Meaux

ÉTUDE CLINIQUE

DES

PERFORATIONS COUVERTES

DES ULCÈRES

GASTRO-DUODÉNAUX

Président : M. GOSSET, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1932

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médecine-chirurgicale et chirurgie expérimentale	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et Médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	M. VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE Neurologie et Psychiatrie.
 AUBERTIN . . Pathologie médicale.
 BÉNARD (Henri Pathologie médicale.
 BROCC Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ Pathologie médicale.
 BUSQUET . . Pharmacologie.
 CADENAT . . Pathologie chirurgicale
 CATHALA . . Pathologie médicale.
 CHABROL . . Pathologie médicale.
 CHAILLEY-BERT . . Physiologie.
 CHEVALLIER. Pathologie médicale.
 DOGNON . . Physique.
 DONZELOT . . Pathologie médicale.
 ECALLE Obstétrique.
 FEY Urologie.
 GASTINEL . . Bactériologie.
 GATELLIER . Pathologie chirurgicale.
 De GAUDART D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
 GIROUD . . . Histologie.
 HARVIER. . . Pathologie médicale.
 HAZARD . . . Pharmacologie.
 HOVELACQUE Anatomie.
 HUGUENIN. . Anatomie pathologique.
 HUTINEL. . . Pathologie médicale.
 JOANNON. . . Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEVEUF . . . Pathologie chirurgicale.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et psychiatrie.
 LIAN. Pathologie médicale.
 MILLOT . . . Histologie.
 MONDOR . . . Pathologie chirurgicale
 MOREAU . . . Pathologie médicale.
 MOULONCUBT . . Pathologie chirurgicale.
 MOURE . . . Pathologie chirurgicale
 MULON . . . Histologie.
 OBERLING . . Anatomie pathologique.
 OLIVIER . . . Anatomie.
 PIEDELIEVRE Médecine légale.
 PORTES . . . Obstétrique.
 QUENU . . . Pathologie chirurgicale.
 RICHTER Fils . Physiologie.
 SANNIÉ . . . Chimie biologique.
 SÉZARY . . . Dermatologie et syphiligraphie.
 VALLERY-RA-
 DOT (Pasteur). Pathologie médicale.
 VAUDESCAL. Obstétrique.
 VELTER . . . Ophtalmologie.
 VERNE . . . Histologie.
 VIGNES. . . . Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

GUÉNIOT Obstétrique.
 LEQUEUX Obstétrique
 LEROUX Anatomie pathologique.

MM

NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 RETTERER . . Histologie.
 ZIMMERN. . . Physique.

IV. — AGREGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI . . .	Clinique médicale.	MATHIEU. . .	Clinique chirurgicale.
CHIRAY. . . .	Clinique médicale.	MOCQUOT . .	Clinique chirurgicale.
DEBRE	Clinique médicale.	PROUST . . .	Clinique chirurgicale.
DUVOIR. . . .	Clinique médicale.	SCHWARTZ. .	Clinique chirurgicale.
BASSET. . . .	Clinique chirurgicale.	LE LORIER . .	Clinique obstétricale.
CHEVASSU. . .	Clinique chirurgicale.	LEVY-SOLAL. .	Clinique obstétricale.
HEITZ-BOYER	Clinique chirurgicale.	METZGER. . .	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire.	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du tra- vail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ		Puériculture.

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions
mises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme
propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni im-
pro- bation.*

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Hommage de piété filiale et de profonde reconnaissance pour les sacrifices qu'ils ont faits pour moi.

A LA MÉMOIRE DE MA SOEUR ELISABETH

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE ALEXANDRE

Mort pour la Patrie

A MA SOEUR ET A MES FRÈRES

A MA FAMILLE

A M. PIERRE RENARD

A MES AMIS

Les Docteurs ALEX et LÉO GLUCK, KATZ, E. DONATH

A M. le Docteur GARA

A Mme et Monsieur HENRI RENARD

A MM. F. ARDOS, O. ROZMANN

A M. le Professeur GOSSET
Chirurgien de l'Hôpital de la Salpêtrière

*Qui a bien voulu nous faire le très
grand honneur de présider notre
thèse.*

A M. le Docteur HARTGLAS

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Chirurgien en chef de l'Hôpital de Meaux

En témoignage de notre profonde admiration et en reconnaissance de tous les conseils éclairés qu'il nous prodigua en chirurgie. Et nos vifs remerciements pour le sujet de cette thèse qu'il voulut bien nous inspirer.

A M. le Docteur BERTAUX

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Chirurgien de l'Hôpital d'Arles
Chevalier de la Légion d'Honneur
Croix de Guerre

Témoignage de sincère reconnaissance et profonde gratitude pour son enseignement et pour l'accueil qu'il nous a réservé.

A M. le Docteur VILPELLE

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Médecin Chef de l'Hôpital de Meaux

*Dont nous nous honorons d'avoir été
l'Interne,*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

M. le Professeur GILBERT (*in memoriam*)

M. le Docteur BAUMGARTNER

Chirurgien de l'Hôpital de la Charité

M. le Docteur HERSCHER

Médecin de l'Hôpital Lariboisière

M. le Professeur agrégé CHIRAY

Médecin de l'Hôpital de La Rochefoucault

M. le Docteur TOURAINE

Médecin des Hôpitaux

M. le Docteur TRUFFERT

Ancien Chef de clinique de la Faculté

O. R. L. de l'Hôpital Bon-Secours

A M. le Professeur agrégé MONDOR

Chirurgien des Hôpitaux

Remerciements pour les renseignements précieux qu'il a bien voulu nous fournir.

M. le Professeur LEMAITRE

O. R. L. de l'Hôpital Lariboisière

A M. le Docteur PAUL GIBERT

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

INTRODUCTION

Nous n'avons pas la prétention, dans ce travail, de découvrir ou de décrire une maladie à symptômes particuliers, ou une entité morbide bien différente des cas déjà observés.

Mais quand la première fois nous nous sommes trouvé en face d'une perforation gastro-duodénale bouchée spontanément, nous avons eu la chance de pouvoir examiner le malade au début de la crise et de suivre la modification des symptômes survenus pendant les heures suivantes.

Par des circonstances indépendantes de notre volonté ; le malade vu par nous une heure environ après l'accident, alors que tous les grands symptômes de perforation étaient très nets, ne pouvait être opéré immédiatement. Dans l'intervalle compris entre l'entrée du malade à l'hôpital et l'heure fixée pour l'intervention, nous fûmes surpris, au cours de la surveillance continue que nous exerçâmes, de voir un changement complet des signes, survenir rapidement. Et, au bout de quatre heures, quand le Dr Hartglas, chef du service, put examiner le malade, devant le nouveau tableau

qui se présentait à lui, il doutait du diagnostic, que nous avions posé d'une façon absolument précise. Nous-même, nous n'osions plus rien assurer, complètement désorienté par le changement survenu, bien que nous ayons assisté à l'atténuation progressive des symptômes. En présence de plusieurs médecins, qui se trouvaient avec nous par hasard, nous discutâmes longuement, et la temporisation fut décidée. Cette temporisation ne présentait aucun danger, puisque le malade restait à l'hôpital, sous une bonne surveillance, et qu'il pouvait être opéré aux premiers signes d'alarme.

Cette temporisation ne nous apporta aucune lumière, le malade restant en parfaite santé apparente.

En se basant sur notre examen fait au moment de l'arrivée du malade à l'hôpital, et en raison des antécédents gastriques, très nets, que le malade racontait avec beaucoup de précision, nous nous permîmes d'émettre le diagnostic de perforation couverte : et même le Dr Hartglas l'affirma. Aussi l'intervention fut faite deux jours après. Elle nous fit connaître la cause exacte de la crise et de son évolution et confirma ainsi notre diagnostic.

En cherchant dans la littérature médicale, c'est à peine si nous avons vu mentionnée cette forme clinique, un peu particulière, quant à l'évolution.

Nous avons été surpris de constater que les auteurs ne semblent pas attacher une grande importance à cette forme de perforation. Elle nous semble pourtant intéressante, tant au point de vue clinique, qu'au point de vue fréquence. Nous ne croyons pas que seul le hasard

nous a permis d'en observer plusieurs cas en un temps relativement court. En effet, les quatre observations personnelles que nous apportons ont été relevées en huit mois.

A l'hôpital de Meaux où nous avons surtout à faire avec une clientèle rurale, nous avons eu maintes fois l'occasion de constater que les gens de la campagne appellent difficilement le médecin, même dans les cas très graves, et nous pouvons penser ainsi que bien des perforations couvertes passent inaperçues. Un jour le médecin traitant est appelé auprès d'un malade, qu'il trouve en pleine péritonite généralisée, inopérable ; et dans son histoire il peut déceler l'existence d'une crise gastrique ancienne très violente. N'est-ce pas une vieille perforation couverte qui s'est débouchée ?

Nous croyons utile de rapporter les observations des quatre cas que nous avons eu la bonne fortune d'observer pendant notre internat à l'hôpital de Meaux. Nous insisterons particulièrement sur les difficultés qui surgissent, dans les heures qui suivent le drame abdominal, pour en déterminer la vraie cause et apporter ainsi un traitement efficace.

Nous nous sommes demandé que deviendraient ces pauvres malheureux si le diagnostic n'était pas précocement établi ?

Evidemment, un grand nombre de ces malades garderaient peut-être leur perforation hermétiquement bouchée, les adhérences faisant une couverture solide, les malades pourraient ne courir aucun risque. Mais sans intervention, les perforations couvertes évoluent-

elles toujours vers la guérison définitive ? Nous ne le croyons pas, et nous pensons que le danger est très grand de ne pas intervenir. Faute d'un diagnostic précis, le médecin, trompé sur la nature du mal, pourrait autoriser le malade à reprendre sa vie normale dans les jours qui suivent l'accident, et lui ferait courir les plus grands risques.

Mais nous croyons pouvoir assurer que le diagnostic de perforation couverte est généralement facile à porter, à condition de conduire soigneusement son interrogatoire et de ne pas se méprendre sur une évolution rapide vers une guérison apparente. Les quatre cas que nous avons vus à l'hôpital de Meaux, sauf le premier qui nous mettait, pour la première fois, en présence d'un cas semblable, nous permettraient d'assurer la facilité relative de ce diagnostic.

Nous n'avons pas à insister sur l'intérêt de faire le diagnostic, et de le faire rapidement, car aujourd'hui c'est une notion acquise que toute perforation du tube digestif, couverte ou non, doit être opérée le plus vite possible.

RAPPEL ANATOMIQUE DE LA RÉGION GASTRO-DUODÉNALE

D'APRÈS GRÉGOIRE :

■ Connexions médico-chirurgicales de la face antérieure de l'estomac

« Au point de vue médico chirurgical, l'estomac est un organe mi-partie thoracique, mi-partie abdominal, en ce sens que sa moitié supérieure est cachée par le squelette thoracique, sa moitié inférieure étant seule en connexion avec la paroi abdominale.

« Nous ne nous occuperons ici que de la partie abdominale, seule intéressante pour notre étude.

« La paroi abdominale de l'estomac est formée par le tiers inférieur de la portion descendante, la portion ascendante et le pylore.

« La portion abdominale de l'estomac se projette sur la paroi abdominale antérieure, suivant une sorte de triangle, limité en haut et à gauche par le rebord costal, en dedans par la ligne ombilico-xyphoïdienne, qu'elle dépasse à peine, en bas par une ligne unissant l'ombilic à la pointe de la 9^e côte.

L'estomac n'est cependant pas en contact avec la paroi abdominale dans toute l'étendue de cet espace triangulaire. Le foie en haut et à droite, le côlon transverse en bas et à gauche s'insinuent entre l'estomac et la paroi et diminuent l'étendue du contact.

Le bord inférieur du lobe gauche du foie croise l'angle chondro-xyphoïdien du thorax, obliquement en haut et à gauche, il descend normalement jusqu'à une ligne unissant l'extrémité de la 9^e côte droite à l'extrémité de la 8^e côte gauche. Par conséquent, la petite courbure, le pylore et la portion pré-pylorique sont séparés de la paroi abdominale par ce volet hépatique qui les recouvre et qu'il faut relever ou récliner au cours d'une intervention.

Le côlon transverse et son angle gauche recouvrent la grande courbure. Sédillot et Tillaux ont trouvé des cas où le côlon transverse remontait jusqu'au rebord costal ; de telle sorte qu'aucune partie de la face antérieure de l'estomac n'entrait en contact avec la paroi abdominale. »

Connexions médico-chirurgicales de la face postérieure de l'estomac

« Comme pour la face antérieure tous les rapports de la face postérieure sont médiats du fait des deux feuillets péritonéaux : pariétal et viscéral qui la séparent des organes voisins.

En arrière, le péritoine forme une poche, l'arrière cavité des épiploons, dont le hiatus de Winslow assure

la seule communication avec la grande cavité péritonéale, aussi, comprend-on que dans certains cas, des suppurations stomacales puissent se développer dans cette cavité rétro-stomacale, sans qu'il se produise d'infection du reste de la séreuse péritonéale.

Dans sa partie supérieure, la face postérieure de l'estomac répond au pilier gauche du diaphragme, à la capsule surrénale et à la moitié supérieure du rein gauche. Le versant pré-hilaire de la face interne de la rate s'applique également à la face postérieure de l'estomac.

Dans sa partie inférieure, l'estomac est croisé transversalement par le pancréas ; celui-ci, par sa face antérieure, entre en connexion avec le pylore, la face postérieure de la portion ascendante de l'estomac, et plus spécialement la petite courbure dans sa moitié pylorique. Enfin la queue du pancréas croise le corps de l'organe, à l'union de son tiers supérieur avec ses deux tiers inférieurs.

La tête et le corps du pancréas soulevés par la saillie vertébrale, soulèvent à leur tour le vestibule pylorique et le pylore, si souvent le siège d'inflammations ulcéreuses. On conçoit ainsi pourquoi cette partie de l'estomac vient adhérer à cette portion du pancréas.

Au-dessous du pancréas, la face postérieure de l'estomac repose sur le côlon transverse et le mésocôlon transverse qui la séparent de la masse des anses grêles. »

D'APRÈS H. ROUVIÈRE.

Pylore

« L'orifice duodénal ou pylore est situé sur la ligne médiane, ou un peu à droite de cette ligne, à la hauteur de la première lombaire. Son bord postérieur répond au pancréas par l'intermédiaire de l'extrémité inférieure et droite de l'arrière-cavité des épiploons. Son bord antérieur est recouvert par le foie, son bord inférieur est croisé par l'artère gastro-épiploïque droite, qui passe un peu au-dessous de lui et répond au ganglion sous-pylorique. Enfin son bord supérieur est en rapport avec l'artère pylorique contenue entre les deux feuillets du petit épiploon. »

Duodénum

« Rapport de la première portion ou portion sous-hépatique.

La première portion oblique en arrière, en haut et un peu à droite ; presque antéro-postérieure, se projette sur la moitié droite du corps de la première vertèbre lombaire.

La face antérieure tapissée par le péritoine est en contact en avant avec la face inférieure du lobe carré du foie ; en arrière, elle répond au corps de la vésicule biliaire et à l'extrémité droite du hile du foie. La face antérieure de l'angle formé par la première et la deuxième portion du duodénum est en contact avec le

lobe droit du foie, à droite et en avant du sillon transverse.

La face postérieure présente deux segments, l'un interne péritonéal, l'autre externe et extra-péritonéal, le segment péritonéal est en rapport avec l'extrémité inférieure et droite de l'arrière-cavité des épiploons. Le revêtement séreux de la face postérieure du duodénum se continue en haut avec le feuillet postérieur du petit épiploon, en bas, avec le péritoine pariétal pancréatique. Par l'intermédiaire de l'arrière cavité des épiploons, le segment péritonéal du duodénum est en rapport avec le corps du pancréas et avec la partie horizontale de l'artère hépatique qui chemine au dessus de cette glande. Le segment extra-péritonéal est adhérent en bas au col du pancréas, mais il déborde cette glande en haut où il est croisé par le canal cholédoque et par la veine porte. Il est également croisé par l'artère gastro-duodénale, qui descend entre le duodénum et le pancréas, le long de la ligne de réflexion du péritoine duodénal sur le péritoine pariétal. En arrière du pancréas, du canal cholédoque et de la veine porte, s'étale le fascia Treitz, qui provient de l'accolement du feuillet droit du méso-duodénum au péritoine pariétal. Enfin, en arrière du fascia de Treitz monte la veine cave inférieure.

La face supérieure de la première portion du duodénum présente avec le foie les mêmes rapports que la face antérieure, elle répond au coude de l'hépatique. Le petit épiploon se détache de la première portion du duodénum à la limite entre ses faces postérieure et supé-

rière ; et le revêtement péritonéal de la face supérieure du duodénum se continue en haut avec le feuillet antérieur du petit épiploon.

La face inférieure adhère en dehors au col du pancréas. L'artère gastro-duodénale qui a croisé la face postérieure du duodénum croise également sa face inférieure et se bifurque en ses deux branches terminales (gastro-épiploïque droite et pancréatico-duodénale), quand elle arrive en regard du bord antérieur de cette face. »

**QUELQUES NOTIONS RÉCENTES
SUR LA PATHOGÉNIE
DES ULCÈRES GASTRO-DUODÉNAUX**

Nous ne donnerons pas ici de statistique personnelle concernant la fréquence des perforations gastro-duodénales dans les ulcères, mais nous indiquerons celle fournie dans les *Diagnostics Urgents-Abdomen* de Mondor.

Mondor qui a dépouillé, pour préciser ce point, des statistiques où près de 3000 observations sont amassées, a obtenu les chiffres suivants :

Siège.	
Gastrique	728
Pylorique	372
Duodénal	823

Nous voyons donc la grande fréquence des ulcères siégeant dans la région juxta-pylorique, soit versant duodénal, soit versant gastrique. Cette constatation est importante pour nous puisque nous voyons que dans les 2/3 des cas, les ulcérations ont leur siège dans la région duodéno-pylorique.

Cette région est justement en rapport avec la face

inférieure du foie, la vésicule biliaire, le côlon transverse et son méso. Ces organes sont susceptibles de boucher spontanément les perforations dans les heures qui suivent l'accident.

L'étude physio pathologique explique très bien la raison pour laquelle les ulcères siègent le plus souvent dans la région juxta-pylorique.

On distingue trois sortes de glandes gastriques qui occupent chacune des régions assez bien déterminées de la muqueuse et, entre ces deux groupes, les glandes peptiques, les plus abondantes, qui occupent à peu près les 2/3 de la surface de l'estomac.

Dans la région de la petite courbure, de l'antra, du pylore et de la première portion du duodénum, les tubes glandulaires sont différenciés et il y a sécrétion de mucus : mucus acide et mucus alcalin. Ce mucus, dont le rôle est peu connu, semble protéger la muqueuse gastrique. Par l'absence ou la diminution de la sécrétion du mucus, principalement du mucus alcalin, l'acide et la bouillie acidulée par la pepsine attaqueraient la paroi stomacale, principalement dans la région juxta-pylorique.

Dans un rapport au Congrès français de Chirurgie, Leriche dit : « On est conduit à se demander si l'ulcère n'est pas dû à une perte ou une diminution de ce pouvoir de protection du mucus alcalin par précipitation sous l'effet d'une acidité trop forte ou anormalement produite à contre temps et séjournant dans la région antrale ».

Nous ne pouvons reproduire tout ce rapport de Leriche mais nous citerons quelques points qui le résument.

« Il y aurait attaque corrosive ou peptique d'une muqueuse mal protégée ».

« L'ulcère ne serait ainsi que l'aboutissement ultime des modifications inflammatoires de la zone des glandes à mucus, privé de son mucus, modifications d'abord purement fonctionnelles et reversibles, puis anatomiques et définitives avec évolution régressive vers le type intestinal d'une zone normalement différenciée en vue de la protection ».

« L'ulcus rentrerait pathogéniquement dans le cycle, en quelque sorte physiologique, des conséquences en cascade d'un simple trouble fonctionnel ».

« En fin de compte l'ulcère spontané paraît être un ulcère peptique développé sur une muqueuse alcaline, dont le mucus spécialisé normalement dissous et non précipité, a été modifié par une hyperhémie préalable et par l'hyperacidité, l'action peptique étant le fait d'une excito-sécrétion anormale du fundus créé par les lésions antrales ».

*
* *

Les observations que nous publions ne concernent que des hommes.

Les statistiques de différents auteurs, Lecène, Hartmann, Mondor, Lauret en France. Küttner, Bertel-Bager à l'étranger nous indiquent qu'il y a une fréquence notablement plus forte chez les hommes que chez les femmes, notamment entre vingt et quarante ans.

ETIOLOGIE

La perforation survient chez des sujets porteurs d'ulcères soignés ou non. Quant au moment d'apparition de la perforation, d'après Mondor, nous le trouvons 4 heures à 6 heures après l'ingestion d'aliments (repas plus ou moins copieux) dans certains cas même la perforation se produit sur des estomacs complètement vides (malades préparés pour une intervention ou pour un examen radiologique).

Le degré de réplétion gastrique ne semble pas conditionner la possibilité de l'obturation spontanée d'une perforation. En effet, à l'intervention dans des cas de perforations couvertes nous avons trouvé l'estomac plein de liquide et d'aliments.

SYMPTOMATOLOGIE

Avant d'étudier tous les signes des perforations gastro-duodénales, qui sont habituellement décrits dans un ordre classique (antécédents, signes fonctionnels, signes physiques et signes généraux) nous allons insister d'abord sur les signes, qui paraissent être pour nous les signes cardinaux ; qui nous ont permis d'affirmer toujours le diagnostic de perforation d'une partie haute du tube digestif, contrôlé par l'intervention chirurgicale. Ils semblent ne laisser aucun doute sur leur grande valeur. Et ces symptômes ont d'autant plus de valeur que l'on voit le malade dans une période plus rapprochée du début, bien que dans cette période l'état du malade soit généralement aggravé par le shock. Nous insistons sur le fait qu'il faut voir les malades le plus tôt possible après le début de l'accident pour pouvoir affirmer le diagnostic de perforation. En effet, si une couverture vient s'apposer sur la perforation le tableau clinique change rapidement d'allure, et, en un temps très court, il peut se transformer complètement. Ces symptômes pouvant tous disparaître, il est difficile à ce moment, en se basant uniquement sur les dires du

malade, qui est souvent porté à exagérer énormément l'intensité de la douleur, d'affirmer le diagnostic de perforation et de conseiller l'intervention, surtout si nous n'avons pas d'autres signes par exemple dans les antécédents pour qu'aucun doute ne se présente à notre esprit.

Nous avons trouvé constamment, dans tous nos cas de perforation gastro-duodénales couvertes ou non, deux symptômes qui n'ont jamais fait défaut, ce sont la douleur et la contracture pariétale. Il y a aussi un signe de grande valeur, mais malheureusement inconstant, ce sont les antécédents gastriques.

Bien entendu en plus de ces trois signes nous recherchons toujours les autres symptômes signalés par les auteurs qui peuvent compléter heureusement notre diagnostic quand ils existent, mais nous avons l'impression qu'ils ne surviennent pas aussitôt le début, mais seulement dans les heures qui suivent la perforation. D'une part par leur inconstance, d'autre part par l'obturation de la perforation nous voyons disparaître les symptômes cardinaux avant que ces symptômes, que nous pouvons appeler accessoires, puissent apparaître.

La douleur —

C'est le premier symptôme de la perforation.

Douleur brusque, atroce; angoissante, « le coup de poignard péritonéal de Dieulafoy. Souvent l'intensité de la douleur est telle que le malade tombe par terre. Dans les perforations duodénales, cette douleur est encore plus caractéristique car souvent rien ne laisse

présager la perforation. » « C'est bien le passage d'une bonne santé apparente à la souffrance aiguë et à la mort ». Brinton.

Nous ne pourrions pas donner une meilleure description de l'intensité de cette douleur que celle que nous trouvons dans la description de Mondor. Écoutons-le :

« L'angoisse et l'attitude d'un homme adulte, visiblement courageux, mais terrassé, en disent plus long que tout qualificatif. Le torse souvent ployé en avant, les cuisses fléchies vers l'abdomen, le visage affreusement angoissé, le malade supplie, d'une voix brisée, pour que l'examen si douloureux soit bref, et pour que le secours, que, souvent, il devine opératoire, soit immédiat.

« Opérez-moi, je sens bien qu'il y a quelque chose de déchiré », dit l'un. Quelques malades sont en proie à une vive agitation, se roulent sur le plancher, jettent des cris ; d'autres, beaucoup plus nombreux, après une syncope initiale sont prostrés, comme « frappés à mort » et ne semblent se réveiller que sous l'influence d'exacerbations effrayantes de la douleur. Ceux qui obtiennent à boire, de leur entourage, voient leurs douleurs exaspérées par l'ingestion du moindre liquide »

Nous citons la description de Mondor car c'est elle qui nous montre le plus fidèlement le symptôme douleur que nous avons constaté chez nos sujets.

Dans certains cas le début est moins brutal mais nous avons pour préciser notre diagnostic, un signe qui semble ne jamais faire défaut, c'est la contracture pariétale, sur laquelle nous reviendrons plus loin.

Le siège initial de la douleur est la région sus-ombi-

licale de l'abdomen qui peut montrer des variations dans son siège exact, épigastre, hypocondre droit. C'est toujours le malade qui renseigne sur le siège initial de cette douleur ; car lorsque nous examinons ces malades forcément quelques heures après le début, il est difficile de préciser par la palpation le siège de la douleur maxima ; celle-ci se généralise très vite et le malade, qui souffre atrocement, ne se prête guère à un examen. Si celui-ci peut être pratiqué le malade ne discerne que difficilement le point le plus douloureux.

L'irradiation douloureuse, vers le moignon de l'épaule est fréquente, car plusieurs auteurs en font un signe important ; mais nous ne l'avons observée qu'une seule fois.

Nous avons vu aussi une irradiation intéressante vers la fosse iliaque droite. Nous la trouvons dans notre observation personnelle n° 4.

La douleur maximum siégeait même dans la fosse iliaque droite. Ce qui nous fit penser à la possibilité d'une crise d'appendicite.

Et pourtant il n'y avait pas de liquide dans la fosse iliaque droite.

La contracture

Le symptôme que nous allons décrire, et qui nous semble d'importance capitale, associé à la douleur, c'est la contracture. En effet, c'est un signe constant, que nous n'avons jamais vu manquer, et qui apparaît presque immédiatement après la douleur.

La contracture débute dans l'étage supérieur de

l'abdomen où elle garde son maximum même après la généralisation. A l'inspection du malade on constate de suite une absence de la respiration abdominale et, chez les sujets musclés, on peut voir le dessin des grands droits de l'abdomen. Chez les sujets gras, si aucune saillie musculaire ne se dessine, la respiration abdominale n'existe pas.

A la palpation bi-manuelle, pratiquée avec grande douceur et les mains à plat, on trouve une paroi non dépressible malgré tous les artifices que l'on peut employer. C'est bien le « ventre de bois » décrit par les classiques.

La contracture reste localisée dans la région du point intéressé, c'est-à-dire généralement dans l'étage supérieur de l'abdomen, ou bien elle s'étend. Nous ne croyons pas que cette généralisation soit en rapport avec la quantité de liquide répandue dans l'abdomen, parce que nous avons vu dans plusieurs de nos observations de perforations couvertes d'ulcères gastro-duodénaux, une contracture généralisée, malgré l'absence totale de liquide dans la grande cavité péritonéale.

La contracture, très nette au début, régresse petit à petit dans la perforation couverte en suivant la marche de la douleur. Même elle peut finir par disparaître complètement ou ne subsister qu'à peine dans la région de la perforation.

Nous avons remarqué que la contracture du grand droit, du côté droit, est toujours plus nette que celle du côté opposé.

Détail intéressant, et assez curieux à constater, c'est

que quand le malade dort profondément sous l'anesthésie générale, cette contracture persiste nette. C'est un témoignage de son origine organique due à une irritation péritonéale et non pas fonctionnelle, sans substratum anatomique, comme dans les autres crises douloureuses, telles que coliques néphrétiques ou hépatiques par exemple.

Avec une douleur plus ou moins intense et cette contracture caractéristique il est permis d'affirmer le diagnostic de perforation gastro-duodénale mais sans pouvoir en préciser le siège exact.

Accidents gastriques antérieurs

Ceux-ci existent ou n'existent pas. Nous croyons tout de même, qu'avec un interrogatoire bien conduit, on arrive, dans la majorité des cas, à dépister l'existence d'accidents antérieurs.

Quand des accidents gastriques antérieurs existent, le malade est soit en cours de traitement, qui agit plus ou moins bien, souvent sans aucun effet sur l'ulcère ; dans d'autre cas, les médicaments et le régime ne produisent qu'un effet temporaire et incomplet. Souvent même les malades n'ont pas consulté le médecin, parce que les symptômes ne les inquiétaient pas. Il y a des malades par contre qui n'ont eu aucun trouble gastrique. Dans ce cas, c'est la perforation qui révèle l'ulcère latent.

Mais les différentes statistiques montrent l'extrême rareté des cas dans lesquels il n'y a vraiment aucun antécédent. On en compte à peu près 10 %, chiffre très

élevé d'après nous, et qui provient, sans doute, des difficultés que l'on éprouve à interroger ces malades en proie à des souffrances atroces. Nous essayons toujours (autant que possible) d'obtenir des renseignements utiles. Si, en raison de son état, le malade ne peut nous les fournir, nous nous adressons à son entourage.

Souvent la perforation est précédée de certains symptômes, dits prodromiques, qui consistent, suivant les cas, en une accentuation de la douleur, des frissons avec état sub-fébrile accompagné de vomissements, de nausées, et d'hématémèse, mais c'est inconstant dans beaucoup de cas.

Signes secondaires

On peut observer des vomissements au cours de la perforation mais ce n'est pas un signe propre à cette affection, car il existe dans beaucoup d'autres. Dans certains cas, très rares heureusement, on voit des hémátémèses, qui aggravent toujours le résultat opératoire.

L'arrêt des matières et des gaz coïncide souvent avec le début d'une péritonite.

La percussion peut révéler, dans certains cas, la disparition de la matité hépatique due à l'issue des gaz dans la cavité péritonéale. Ce symptôme n'a de valeur qu'au début de la péritonite car plus tard, au cours de la péritonite confirmée, il y a une généralisation du tympanisme.

Signes généraux

Dans la majorité des cas, dans les premières heures qui suivent la perforation, le malade est prostré, anxieux, pâle, couvert de sueurs froides, gémissant. Son pouls est généralement ralenti ou normal et petit. Sa température rectale est légèrement relevée. Mais cet état de shock se dissipe assez rapidement et dans un temps plus ou moins long, on voit ces symptômes s'atténuer et évoluer vers une amélioration plus apparente que réelle. Le pouls redevient assez bon, la température se relève et malgré cela, le malade reste immobilisé dans une attitude qu'il a choisie et qui semble lui procurer un peu de calme. Il évite tout mouvement ; sa respiration est superficielle, allant dans certains cas jusqu'à l'immobilité diaphragmatique.

DIAGNOSTIC RADIOLOGIQUE

Nous croyons également utile d'insister sur le chapitre du radio-diagnostic des perforations des ulcères gastro-duodénaux.

Cet examen doit être pratiqué dans des conditions bien déterminées pour éviter d'une part les erreurs de diagnostic et d'autre part pour ne pas exposer les malades à des accidents au sujet desquels nous reviendrons tout à l'heure.

La bouillie barytée qui est employée dans presque tous les examens radiologiques du tube digestif doit être absolument proscrite dans les cas où une perforation est soupçonnée.

Comme nous avons pu voir dans *Diagnostics Urgents* de H. Mondor, le repas opaque peut être rendu responsable de la perforation. Le malade de Lang, venu pour examen radioscopique, absorbe la baryte et se couche sur la table d'examen : aussitôt, douleur violente et tous signes de perforation. Sur la plaque obtenue, on voit la baryte sortir de l'estomac, par une perforation dont on fit, une heure après, la vérification opératoire.

E. Waldt, ayant observé chez un homme de qua-

rante-deux ans une perforation d'ulcère calleux du duodénum, quatre heures après un examen radioscopique (solution de 150 gr. de cyto-barium dans 300 gr. d'eau), se demande si la perforation est due au repas opaque, qui était cependant en presque totalité dans l'intestin à l'heure où se manifesta la perforation, ou bien si elle est due à l'hypermotricité de l'estomac, à l'occasion de ce repas.

Comment doit-on pratiquer l'examen radiologique ? On peut utiliser la radioscopie en position transversale et la radioscopie en position frontale.

Nous trouvons dans *le Journal de Chirurgie* du mois d'août 1931, des renseignements donnés par Judine sur la radioscopie transversale.

« La méthode la plus sûre de détermination de la présence de gaz dans le péritoine libre, est la radioscopie. Cette méthode n'a jamais manqué de confirmer la présence du gaz où on le soupçonnait par les données de percussion, mais ce qui est surtout important, on réussissait à trouver le gaz par la radioscopie même dans les cas où la percussion donnait des résultats tout à fait négatifs.

« Comme supplément à l'ancienne méthode de radioscopie et aux figures rependant à la surface frontale, nous avons commencé à examiner nos malades couchés sur le dos en faisant la radioscopie dans la direction transversale.

« Cette méthode a beaucoup d'avantages. Premièrement si on réussit par ce procédé à avoir une image incontestable de la bulle de gaz au-dessus de l'ombre

du foie, on n'a pas besoin de recourir à une radioscopie frontale, pour laquelle il faut mettre debout le malade ou le faire asseoir. A quel point une pareille position, dans l'intérêt du malade qui a une ouverture libre à l'estomac, n'est pas désirable, est une chose évidente et qui ne demande pas de commentaires.

« Le second avantage de la radioscopie latérale du malade étendu sur le dos, c'est qu'on réussit ainsi parfois à définir le gaz libre qui reste invisible à la radioscopie frontale. Comment arrive-t-il que ce gaz dans le déplacement vertical du malade, ne se déplace pas sous la coupole du diaphragme ? il est difficile de le dire avec assurance ».

D'après Franz Kudlek, de Dusseldorf, dans les cas de perforations de l'estomac on peut voir nettement le gaz à la radioscopie latérale des malades couchés sur le dos. Il appelle ce phénomène : « Le pneumopéritonéum antéhépaticum ».

Dans le *Bulletin Médical* du 13 décembre 1930, le P^r agrégé Mondor donne des indications précises pour l'examen radioscopique d'urgence des perforations.

« Contre l'idée d'avoir recours à la radioscopie, les objections, d'abord, ne manquent pas ; il s'agit d'une affection, en effet, qui semble rendre tout transport, tout déplacement, toute manipulation redoutables ; elle paraît ne devoir laisser aux cliniciens que peu de temps pour en débattre, et elle emprunte, le plus souvent, les traits cliniques les plus accusés. Mais ces objections sont moins résistantes qu'il ne semble au premier examen. Elles seraient surtout moins opérantes, si nos

installations de chirurgie d'urgence étaient confortablement modernisées.

« Le transport peut être réduit au plus court, être fait avec toute précaution ; nulle manipulation n'est nécessaire ; il faut moins de temps pour voir un pneumo-péritoine qu'il n'en faut pour palabrer oiseusement ou pour faire des examens de laboratoire inutile. Enfin, puisqu'il reste des cas cliniquement obscurs, pourquoi ne pas essayer, grâce aux rayons, d'en diminuer encore le nombre.

« Le cas inaugural des belles recherches de Vaughan et Singer, sur ce point se présenta dans des conditions frappantes qui valent d'être rapportées.

« Un homme de 36 ans, tandis qu'il était examiné par l'un de nous présenta, tout à coup, les symptômes d'une péritonite par perforation. Dans les antécédents, l'histoire misérable d'un ulcère, typique, à tous les points de vue, avait été immédiatement obtenue et le diagnostic de perforation d'ulcère semblait tout à fait probable. Un chirurgien fut appelé. Une épiplocele épigastrique, irréductible, laissait la discussion ouverte à la possibilité d'une hernie étranglée de la ligne blanche. Quand l'autorisation d'opérer fut demandée au malade qui avait entendu la discussion, celui-ci demanda que la preuve de la correction du diagnostic lui fut fournie avant de se soumettre à une laparotomie. L'un de nous chercha alors à l'écran l'existence d'un pneumopéritoine. Une importante bulle de gaz se mouvant librement dans le péritoine fut démontrée, le consentement du malade à l'opération fut alors obtenu et la perforation de l'ulcère trouvée et suturée ».

« Jugeons les radiologues des ulcères perforés à leurs résultats. Nous y découvrirons peut-être l'espoir d'éclairer, grâce à eux, des cas qui semblent insolubles par le seul examen clinique et nous aurons encore réduit, ce qui était l'objet de ma leçon, le nombre des diagnostics incertains.

« Normalement, dans le décubitus dorsal, le foie vient au contact immédiat de la paroi abdominale et dans la position verticale, au contact du diaphragme. Quand une plage claire apparaît entre l'ombre hépatique et la paroi ou le diaphragme, il y a pneumo-péritoine.

« Dans vingt cas sur vingt-quatre cas, Kudleck vit le pneumo-péritoine ou sus ou préhépatique. Dans les vingt cas, l'opération confirma le diagnostic d'ulcère perforé. Mais les quatre cas négatifs, c'étaient des perforations couvertes.

« Cottle et Spalding ont vu, parmi les marins de la flotte de guerre du Pacifique et sur les bateaux en marche, huit ulcères perforés en un an. Dans tous les cas, le diagnostic a été facilité ou confirmé par la radioscopie et les auteurs font remarquer que la sonorité pré-hépatique n'avait pas eu la même précocité. Ces marins ont tous été opérés sur le bateau hôpital, avant la dixième heure.

« Quant à Vaughan et Singer, ils ont eu soixante douze cas. Chez quarante-neuf malades ayant du gaz libre intra-péritonéal, la présence d'un ulcère perforé fut prouvée par l'opération ou l'autopsie. Sur dix huit ulcères perforés diagnostiqués, et pour lesquels la bulle gazeuse du pneumo-péritoine ne put être vue, neuf fois

le diagnostic clinique fut confirmé. Il y avait donc dans quatre vingt-cinq pour cent des cas, évidence de gaz libre.

« Un signe de cette importance, vue avec cette fréquence, est la preuve de l'utilité de l'examen. Quant à prouver la nécessité d'un examen, il faudrait établir que, plus régulièrement qu'avec la percussion, la découverte de gaz est faite à l'écran et que, plus sûrement qu'avec l'addition de tous les signes cliniques que nous avons vus, la radioscopie apporte la certitude. Il resterait encore à écarter certains pneumopéritoine dus à d'autres causes (appendicite, entérite, péritonite tuberculeuse perforante, perforation typhique, cancer, etc...) »

« Je crois, comme Gibson, que cet examen est actuellement surtout utile dans les formes subaiguës, chez les malades vus pendant une accalmie ou vus trop tard, chez ceux qui refusèrent l'intervention ou ceux qui survécurent aux accidents du début.

« Dans la grande majorité des cas, on peut affirmer le diagnostic sans secours du radiologue ; mais il serait d'un esprit arriéré, de se priver, en cas d'incertitude, d'un examen qui peut donner si facilement la clef ».

EVOLUTION DES PERFORATIONS COUVERTES

Nous avons vu que les signes d'une perforation couverte ne sont différenciées en aucune façon des signes des autres formes de perforation du tube digestif, sinon dans leur évolution.

Pendant qu'une perforation non couverte évolue vers la péritonite généralisée, avec ses conséquences graves, une perforation couverte, bien qu'elle puisse exposer à des complications aussi redoutables, en cas d'absence de diagnostic, menace beaucoup moins la vie du malade, tout au moins à brève échéance.

Mais il s'agit de faire le diagnostic et d'intervenir aussitôt qu'il est établi, car comme disent Lecène et Finsterer. « Toute perforation couverte doit être diagnostiquée et opérée immédiatement ».

Nous croyons que c'est une forme de perforation qui n'est pas aussi rare que l'on serait tenté de le croire d'après la lecture de certains auteurs, mais cela tient plutôt à des circonstances, malheureusement très fréquentes, que les chirurgiens ne voient le malade que plusieurs heures même 24 heures après le début de la perforation, moment quand tous les symptômes sont presque complètement disparus, ou tellement atténués,

que devant le nouveau tableau clinique on reste perplexe et on hésite à intervenir.

Un bon exemple de cette évolution est notre observation personnelle n° 1, dans laquelle le malade a été vu par nous, une heure après le début de la perforation, c'est-à-dire en pleine crise, ce qui nous a permis d'être affirmatif dans notre diagnostic. Le Dr Hartglas, qui a vu ce même malade 4 heures après, a émis des doutes à tel point qu'il a cru plus prudent de temporiser, pour permettre les investigations cliniques et de laboratoire.

Dans ce cas, on pouvait permettre la temporisation de l'intervention, parce que le malade étant hospitalisé, et restant sous notre surveillance continuelle, aurait été opéré à la première alerte.

Au bout de 48 heures le Dr Hartglas se décida cependant à intervenir uniquement sur notre affirmation et sur les antécédents gastriques nets, bien qu'aucun accident ne soit survenu depuis la crise. L'intervention nous a prouvé l'exactitude de notre point de vue.

Que deviendraient ces malades si on n'intervenait pas ? Pour cette question la réponse est très difficile à donner, parce que nous n'avons pas suffisamment d'observations pour nous autoriser d'émettre un avis. Leçène dit : « Ces perforations couvertes peuvent s'arranger par l'organisation de la couverture de la perforation et qui est susceptible de réaliser une fermeture constante et suffisante et amener la guérison du malade. Dans d'autres cas, l'évolution n'est pas aussi heureuse et, après une période caractérisée par un état sub-

fébrile, par de l'amaigrissement, de l'inappétence qui amène le malade jusqu'à un état cachectique, on assiste à la formation d'un abcès dit sous-phrénique. Le diagnostic d'abcès sous phrénique est parfois très difficile et souvent il n'est possible que par la radiologie, qui décèle la présence d'une collection pyo-gazeuse, qui se révèle sous l'écran, sous l'aspect d'une zone claire interhépatodiaphragmatique, correspondant à l'épanchement gazeux.

La formation de cet abcès sous-phrénique aggrave singulièrement le cas parce qu'elle met le malade d'abord en état de moindre résistance et, d'autre part, prolonge considérablement la durée de la maladie. Et, ce n'est que plusieurs mois après que l'on peut pratiquer une gastrectomie ou une gastro-entérostomie ou pylorectomie, etc... suivant les cas.

Il y a des cas où la perforation est recouverte, non pas par le foie ou par une frange d'épiploon mais par un viscère creux, le plus souvent par le côlon transverse, ce qui peut amener la formation d'une fistule gastro-colique avec tous ses inconvénients.

Nous croyons que dans un certain nombre de cas, et non les moindres, l'étanchéité de la couverture n'est pas parfaite, ce qui permet l'évolution à bas bruit vers une péritonite généralisée. Dans certains cas la perforation, bien couverte, peut-être, aussitôt après l'accident, se découvre, pour une cause ou pour une autre dans les jours qui suivent et expose le malade à des accidents aussi redoutables que ceux des perforations non couvertes.

Notre observation personnelle n° 4 est un exemple frappant de ces perforations que l'on peut appeler en deux temps. Le malade faisait sa première crise huit jours avant son admission à l'hôpital. Son médecin traitant le voit quelques heures après le début de cette première crise, alors que les symptômes se sont déjà fortement atténués. Il ne peut affirmer son diagnostic et prescrit repos et hygiène alimentaire. Le malade semble tout à fait guéri au bout de six jours. A ce moment, il recommence à vaquer à ses occupations et c'est au cours de son travail qu'il est pris brusquement d'une crise semblable à la précédente (qu'il nous a très bien décrite).

Son médecin le fait transporter à l'hôpital. Quand nous voyons le malade, il serait très difficile d'assurer le diagnostic, si nous n'avions pas été instruits par nos cas précédents, car à nouveau, les symptômes sont déjà en voie de disparition.

A l'intervention nous avons constaté la formation d'adhérences lâches qui, certainement, dataient de plusieurs jours.

Cette observation prouve que la couverture formée spontanément, au début de la perforation, peut se relâcher les jours suivants et le malade peut se retrouver de nouveau presque dans les mêmes conditions anatomiques, d'où la réapparition d'un tableau clinique identique à celui du début de la perforation, avec la même menace pour la vie du sujet, à moins que la couverture se reforme, ce qui est le cas observé chez notre malade.

OBSERVATIONS

Nous avons pu relever dans la littérature médicale française, connue de nous, trois observations relatant quatre cas. Ces trois observations jointes aux nôtres nous ont servi de matériaux pour notre travail.

1^o Observation, de P. Moulonguet qui rapporte un cas de perforation couverte surprise au début (in Mondor).

B. P..., 34 ans, entre à l'hôpital Beaujon le 24 janvier à 23 heures. Il présente les signes d'une péritonite aiguë par perforation : ventre de bois, sensibilité très vive de tout l'abdomen, mais surtout exquise dans l'hypocondre gauche.

Le malade est courbé en deux par les douleurs, qui sont terribles il raconte qu'il a été pris, deux heures auparavant, d'une douleur subite, en coup de poignard, pendant qu'il était baissé au cours de son travail.

Anamnèses : ce malade a toujours bien digéré, il n'a jamais vomi.

Il n'a souffert du ventre qu'il y a un mois, date où il a ressenti brutalement une nuit une sorte de constriction en ceinture au-dessous du rebord costal.

Cette crise dura quelques jours, il n'a jamais songé à la rapporter à l'estomac, dont il n'a jamais souffert.

Après cette crise, il digérait fort bien, il avait bon appétit et il raconte qu'au moment où la douleur en coup de poi-

gnard l'a surpris, il se préparait à aller dîner de bon appétit.

Ces constatations cliniques négatives sont très intéressantes à rapprocher de l'état anatomique que nous allons décrire.

Intervention : Incision horizontale sous-costale droite.

Il n'y a pas de liquide dans le ventre mais tout de suite on entend un bruit de glou-glou indiquant que des gaz fusent hors du tube digestif.

Ils proviennent d'un ulcus siégeant sur la face antérieure de la région duodéno-pylorique. Cet ulcus est adhérent au lobe carré du foie. Il est entr'ouvert comme une huitre, par sa demi-circonférence antérieure. Pour l'obturer on décolle complètement le pylore du foie en laissant adhérer au foie le fond de l'ulcus. La brèche est alors ronde à l'emporte-pièce de la taille d'une pièce de cinquante centimes.

Suture à points séparés au fil de lin en rabattant l'antrum pylorique sur le duodénum.

Deux plans. Cette suture est difficile, parce que le duodénum est collé contre la colonne vertébrale et ne vient pas du tout dans la plaie.

Cautérisation au thermo du fond de l'ulcus accolé au foie.

Gastro-entérostomie postérieure transmésocolique complémentaire, parce que l'obturation de l'ulcus a été pénible, sans doute insuffisante et qu'elle risque d'avoir plicaturé extrêmement le pylore.

La bouche gastro-jéjunale est placée horizontalement près de la grande courbure.

Drains dirigés vers la perforation.

Bronzes.

Un prélèvement du liquide spumeux sortant par la perforation s'est montré stérile sur les milieux usuels, en surface et en profondeur.

Guérisson sans aucun incident ; le malade n'a pas souffert de l'estomac pendant son séjour à l'hôpital. Un examen radioscopique avant sa sortie (Friedel) a montré que l'estomac

se vidait correctement par la néostomie. On n'a rien vu passer par le pylore.

2° Voici deux cas retenus par Mondor d'après les observations « remarquables » publiées par Finsterer en 1921 et que nous relevons dans *Diagnostics Urgents Abdomen*, de H. Mondor.

Un homme de 32 ans qui souffrait de l'estomac depuis trois ans est pris un soir d'une douleur abdominale soudaine. Il perd connaissance et vomit. La douleur cesse rapidement. Le lendemain matin on constate une forte sensibilité douloureuse à l'épigastre, de la défense en haut et à droite. On fait le diagnostic ferme de perforation couverte de l'estomac, ce n'est que 48 heures après que le malade consent à être opéré : On trouve, recouverte par le foie, une perforation de la face antérieure du duodénum.

Le second cas est aussi net.

Un homme de 34 ans, souffrant de l'estomac depuis deux ans est brusquement pris de douleurs abdominales vives avec vomissements. A l'examen grande sensibilité et contracture en haut et à droite. Le diagnostic fait : perforation couverte. Le malade n'accepte l'intervention que le cinquième jour. On trouve au milieu de la petite courbure une perforation par laquelle s'écoule du liquide gastrique ; le couvercle était constitué par le foie.

3° Voici une observation relevée dans : *Chirurgie d'Urgence*, de Lejars.

Une femme de 40 ans m'était envoyée pour des accidents menaçants de péritonite diffuse ; le début remontait à quatre ou cinq jours et avait été marqué par une brusque douleur ombilicale et des vomissements ; une sorte d'accalmie s'était montrée au bout de vingt-quatre heures et, depuis la veille, la situation s'aggravait à vue d'œil. J'opérai tout de suite pensant à l'appendicite à la perforation gastro-duodénale ou encore à une péritonite d'origine salpingienne, sans avoir

de signes suffisants pour me prononcer : je fis la laparotomie sous-ombilicale qui donna issue à une quantité considérable de pus jaunâtre, peu odorant, répandu sans limite dans l'abomen ; après l'avoir évacué, je découvris sans peine l'appendice qui était petit et tout à fait normal ; j'explorai l'intestin et les annexes également sains, j'agrandis mon incision au-dessus de l'ombilic et ne trouvai rien non plus à l'estomac ; je fis alors un lavage au sérum chaud, laissai deux drains sus-pubiens et, au-dessus d'eux, une mèche de gaze aseptique. La malade qui était « très bas » après l'opération, guérit complètement et sans la moindre complication ; elle est restée guérie et bien portante.

Peut-être s'agit-il en pareil cas d'une perforation toute petite, déjà fermée ou obturée par des fausses membranes : quoi qu'il en soit on devra toujours rester méfiant et largement drainer.



Observations recueillies à l'hôpital de Meaux, dans le service du Dr Hartglas.

Obs. 1. — B. ., Auguste, 37 ans, cheminot de la Compagnie de l'Est soigné depuis plusieurs années par son médecin traitant pour des brûlures d'estomac, pesanteurs après le repas, douleurs dans la région épigastrique. Le 5 mai 1931 au matin le malade qui souffrait plus violemment depuis une huitaine de jours est pris d'une douleur particulièrement vive ; il va voir son médecin qui l'examine, pense à une crise habituelle et le renvoie à son travail.

Le malade prend le train pour accomplir son service, mais en gare de Meaux, il tombe sur le quai terrassé par une douleur d'une violence inouïe, que le malade lui même compara à un coup de poignard. On le transporte en hâte chez le Médecin de la Compagnie qui le dirige immédiatement sur l'hôpital.

À son arrivée à l'hôpital le malade est examiné par nous, interne du service.

Contracture généralisée de tout l'abdomen (ventre de bois) douleur généralisée mais plus vive à droite dans la région duodéno-vésiculaire. Respiration costale supérieure. Pas de disparition de la matité hépatique.

Température normale. Pouls normal, un peu ralenti.

Nous faisons le diagnostic de perforation d'ulcus dans la région duodéno-pylorique, en raison des signes physiques et des antécédents gastriques du malade.

Quatre heures plus tard, le Dr Hartglas, examine le malade. L'aspect clinique a complètement changé. La contracture abdominale a disparu presque complètement, le ventre respire très bien, et le malade ne garde qu'une légère sensibilité du ventre ; toutefois, la palpation révèle une douleur assez intense dans la région duodéno-pyloro-vésiculaire et dans le creux épigastrique.

La température prise à ce moment est 37°4 ; pouls normal, un peu ralenti.

Le Dr Hartglas accepte le diagnostic de perforation fait par nous, mais il pense que cette perforation est aveuglée par le petit épiploon ou la vésicule biliaire, et décide de ne pas intervenir d'urgence. Le lendemain la contracture diminue encore et il ne persiste qu'un peu de sensibilité dans la région duodéno-vésiculaire.

L'intervention pratiquée par le Dr Hartglas le surlendemain, 7 mai 1931, confirme le diagnostic.

Laparotomie médiane sus-ombilicale. Sur la première portion du duodénum, près du coude, on trouve quelques traînées purulentes et on voit la vésicule biliaire nettement accolée à cette portion du duodénum. On décide de laisser tranquille la perforation ainsi bouchée et de pratiquer la gastro-entérostomie.

Décollement colo-épiploïque assez difficile. Dépouillement de la grande courbure dans la région de la petite tubérosité.

Ce dépouillement fait perdre beaucoup de temps à cause de l'hémostase.

Le grand épiploon, très effiloché dans cette partie, est réséqué. Sur la face postérieure de l'estomac on trouve quelques brides cicatricielles (traces d'un processus inflammatoire).

Gastro-entérostomie trans-sousmésocolique marginale, très longue (six à sept centimètres) avec suspension à la Toupet. Fixation de la bouche au mésocôlon. Greffe épiploïque libre dans la région de la perforation.

Paroi en un seul plan aux crins.

Soixante centimètres cubes de sérum anti-streptococcique dans le ventre. Pas de drainage.

Anesthésie : gométer après deux sédols, car le malade refuse une anesthésie régionale.

Aucun incident dans les suites opératoires.

Le malade sort le quarante-cinquième jour complètement guéri.

Il est gardé dans le service exprès, pendant si longtemps, pour qu'on puisse surveiller la perforation qui n'avait pas été suturée et contrôler par la radio le fonctionnement de la bouche gastrique qui est bon.

Obs. 2. — M. F..., de Nanteuil-les-Meaux, âgé de 50 ans passés, soigné depuis quatre à cinq ans pour un ulcère gastro-duodénal avec crise, mœlena, hématomèse et qui a toujours refusé de se faire opérer, mais a suivi un régime. Il n'a pas beaucoup souffert durant la dernière année.

Il y a quelques jours, il a fait quelques excès de nourriture mais pas de boisson.

Le 10 juin, à 5 h. 1/2 du soir, le malade sortait de la mairie de la commune quand il fut pris d'une douleur atroce dans le flanc gauche, qui le jeta par terre, au point que les gens voisins de la mairie l'emmenèrent chez eux, par pitié, pour le faire coucher sur un lit.

La douleur d'abord localisée à gauche s'étend vers la ré-

gion ombilicale et dans la fosse iliaque droite. Elle se généralise dans la moitié inférieure mais ne remonte à aucun moment vers la région épigastrique. Au début de la crise le malade a eu envie de vomir.

Le Dr L..., demandé en hâte, fait immédiatement le diagnostic de perforation d'un ulcus gastrique, en se basant sur : antécédents gastriques, ventre de bois, douleur atroce, en coup de poignard, malgré sa localisation dans la fosse iliaque droite, à la palpation.

Température 37°7, pouls 80.

Le Dr L... fait une injection sous-cutanée d'un demi-milligramme de sulfate d'atropine, pour soulager le malade et va chercher le Dr Hartglas.

Ce dernier voit le malade à 9 heures du soir.

Changement complet de tableau : le malade est souriant, bavard, et ne se plaint plus d'aucune douleur, il accuse juste un léger endolorissement dans la fosse iliaque droite. Le Dr L... est très étonné de ce changement et se reproche d'avoir fait de l'atropine.

Le Dr Hartglas pense surtout à une perforation subitement bouchée, en se basant sur un cas analogue qu'il a observé un mois avant (observation n° 1). Il conseille la diète absolue, glace sur le ventre et le transport du malade à l'hôpital le lendemain matin, même si le calme persiste.

Température 37°8, pouls 98.

Le jeudi 11 juin le malade arrive à l'hôpital : Il se sent très bien.

Température 37°6, pouls 90.

La douleur dans la fosse iliaque droite est plus accentuée que la veille, au point que l'on commence à envisager fortement la possibilité d'une simple crise d'appendicite. Mais il persiste toujours le même phénomène qui existait déjà la veille, c'est la contracture des grands droits dans la région épigastrique. Cependant la palpation n'éveille absolument aucune douleur dans cette région.

Le soir température 37°8, pouls 90

On décide d'intervenir d'abord à droite, pour explorer la région appendiculaire, et on fixe l'intervention au lendemain matin, le vendredi 12 juin.

En résumé, tous les signes cliniques, depuis l'accalmie, se traduisent par : douleur dans la fosse iliaque droite, contraction dans la région épigastrique, légère élévation thermique.

Intervention pratiquée par le Dr Hartglas :

Incision pour appendicectomie. Appendice un peu turgescent cæcum très vascularisé. Ce que l'on constate dans cette région pourrait expliquer le phénomène douloureux mais d'une part l'esprit n'est pas satisfait et d'autre part comme le malade est en bon état, on décide de pratiquer la gastro-entérostomie, même s'il n'y a pas de perforation gastrique, pour le débarrasser, d'un seul coup, des complications toujours possibles de son affection gastrique.

Incision médiane sus-ombilicale.

Estomac très petit. On soulève le foie et on trouve sur la face antérieure de la région pylorique un peu de pus, des fausses membranes, qui occupent une région de deux ou trois centimètres carré et qui prouvent d'une façon absolue la perforation qui a eu lieu. On pratique une gastro-entérostomie marginale postérieure trans- et sous mésocolique, on abat une partie du grand épiploon sur la région pylorique et on la fixe à l'aide de fil de lin.

Sérum antistreptococcique et anticolibacillaire dans le ventre.

Paroi en un seul plan.

Anesthésie : gométer après 2 sédols.

Suites très bonnes.

Obs. 3. - M. M.. Wladislaw, ouvrier agricole polonais, âgé de 23 ans, est envoyé à l'hôpital de Meaux le 17 octobre 1931, pour des douleurs abdominales très violentes qui empêchent le malade de s'étendre.

A l'interrogatoire du malade, qui est très difficile, en raison de son peu de connaissance de la langue française d'une part, et de la douleur très violente d'autre part. On peut apprendre qu'il a été jusqu'à ce jour bien portant. Aucune maladie dans ses antécédents.

La maladie débute la veille, le 16 octobre, dans l'après-midi, par une douleur en coup de poignard dans la région épigastrique, plutôt à droite de la ligne médiane. Vomissements dans la soirée. La douleur dure toute la nuit. Il se décide de faire appel à un médecin qui l'envoie aussitôt à l'hôpital, où le malade arrive à 17 heures.

Le malade reste assis sur son lit et il faut insister longuement pour le faire coucher afin que l'on puisse procéder à un examen.

A l'examen du ventre, on note une contracture douloureuse du ventre (ventre de bois, surtout marquée au niveau de la région épigastrique droite. Le ventre ne respire pas. La matité hépatique persiste.

Température 37°4, pouls 80.

On fait le diagnostic de perforation. L'intervention est immédiatement décidée et pratiquée par le Dr Hartglas.

Laparotomie médiane sus-ombilicale.

Peu de liquide libre dans la grande cavité péritonéale car la perforation, qui siège au niveau du segment inférieur de la première portion du duodénum, à deux centimètres du pylore, est aveuglée en partie par des adhérences avec le côlon transverse et en partie par des franges épiploïques. On libère les adhérences avec le côlon transverse.

Enfouissement de la perforation par un double étage de sutures au fil de lin.

Gastro-entérostomie, trans et sous-mésocolique au fil de lin, sans décollement colo-épiploïque.

Paroi en un seul plan aux crins.

Sérum antistrepto et anticoli dans le ventre.

Rachi-anesthésie D_{xii} — L_i, complétée par anesthésie générale à l'éther.

Obs. 4. — M. D..., de Vinantes, jardinier, âgé de 37 ans, est envoyé d'urgence à l'hôpital par son médecin traitant (le même que dans l'observation précédente, avec le diagnostic probable de perforation gastro-duodénale. Voici brièvement l'histoire de sa maladie :

Il y a un an il s'est plaint de douleurs abdominales vagues, débutant vers 10 heures du matin, dans la région sous ombilicale, qui devenaient ensuite plus intenses et presque généralisées à tout l'abdomen. Cette douleur qui, aux dires du malades, était une pesanteur, s'accroissait surtout aussitôt après les repas et se calmait dès que le malade s'étendait.

A ce moment, le malade a consulté son médecin qui a fait le diagnostic d'une dyspepsie gastrique, et qui lui a prescrit un régime et quelques médicaments. En une douzaine de jours, le régime, les médicaments et le repos ont semblé avoir raison de ce malaise bénin en apparence.

Après un intervalle d'un an environ pendant lequel le malade ne souffrit pas, bien qu'il ait abandonné le régime prescrit, il recommença il y a 2 mois à se plaindre de douleurs semblables à celles de la première crise. Ne souffrant pas beaucoup, il n'attacha aucune importance à ces malaises et continua son travail. Et c'est au cours de son travail qu'il fut surpris, il y a 9 jours, 3 heures après son repas du midi, par une douleur violente (impression de déchirure) d'une telle intensité qu'il tomba par terre et fut transporté chez lui par des voisins.

Le médecin mandé aussitôt ne put venir que quelques heures après. A ce moment, l'examen du malade révélait une légère contracture sus-ombilicale et peu de douleur. Le malade se sentait beaucoup mieux.

Pouls : 72 ; température rectale : 37°1.

Pas de vomissements, état général bon.

Le médecin pense à une crise douloureuse d'ulcère, semblable aux précédentes, et prescrit le repos et la diète.

Tous les symptômes disparaissent dans les jours suivants, si bien que le malade commence à se lever.

Cette après-midi, vers 4 h. 1/2 le malade qui, pour se distraire, s'occupait à réparer une porte de sa maison, fut à nouveau terrassé par une crise douloureuse semblable à celle d'il y a 9 jours.

Seul dans sa maison, il se traîne jusqu'à son lit et s'étend. Sa femme, qui rentre quelques instants après, appelle le médecin d'urgence, et le malade est envoyé à l'hôpital.

Arrivé à 7 heures du soir, 2 h. 1/2 après le début de la crise, nous voyons un malade calme qui nous raconte avec beaucoup de précision toute l'histoire de sa maladie.

Pouls : 80 bien frappé ; température : 37°6.

A l'examen du ventre, la respiration abdominale existe, pas de ballonnement. Le malade précise comme siège de la douleur le carrefour vésiculo-duodéno-pylorique.

La palpation décèle une contracture légère mais nette, dans l'étage supérieur de l'abdomen et une douleur à la palpation profonde.

Matité hépatique normale. Pas de matité dans les flancs. " Toucher rectal négatif.

D'après l'histoire clinique et en présence des symptômes persistants on pose le diagnostic de perforation couverte juxta-pylorique. L'intervention d'urgence est décidée.

Intervention pratiquée par le docteur Hartglas.

Pas de liquide libre dans le ventre.

Perforation de la diminution d'une lentille qui siège sur le versant duodénal du pylore, à 1 centimètre, obturée par des adhérences lâches, des fausses membranes et par le lobe carré du foie.

Enfouissement sous double surjet au fil de lin. Les bords ne sont pas trop cartonnés.

Gastro-entérostomie trans et sous-mésocolique au fil de lin.

Le malade est sorti de l'hôpital en parfaite santé,

CONCLUSIONS

1° La perforation couverte de l'ulcère gastro-duodénal est assez fréquente.

2° Le diagnostic est très faisable dans les heures qui suivent la perforation, mais il faut savoir interpréter les signes cliniques et les antécédents.

3° Dans la majorité des cas, le diagnostic est difficile six à sept heures après le début de la perforation à cause de la disparition presque complète des signes objectifs.

4° On doit toujours s'efforcer d'établir un diagnostic exact et opérer immédiatement. Sinon, on risque d'exposer les malades à des accidents qui pourraient être très graves.

5° L'intérêt d'opérer immédiatement ces malades vient du fait de l'absence de toute péritonite et leur état général habituellement très bon permet, non seulement de pratiquer une opération palliative, mais aussi une intervention chirurgicale plus complète.

6° Les suites opératoires sont aussi bonnes que dans les interventions sur les ulcères gastro-duodénaux non perforés.



Vu, le Doyen,
BALTHAZARD

Vu, le Président de la thèse
GOSSET

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris
CHARLÉTY,

BIBLIOGRAPHIE

GRÉGOIRE. — Anatomie médico-chirurgicale, région thoraco-abdominale, p. 129 à 138.

ROUVIÈRE. — Anatomie humaine, t. I, p. 767 à 774.

POIRIER. — Anatomie, t. IV, premier fascicule, p. 203 à 243.

MONDOR. — Diagnostic urgent, abdomen, p. 157 à 234.

GOSSET et LERICHE. — XLe Congrès français de chirurgie, p. 134 à 153.

GLEY. — Physiologie, 1^{re} partie de l'acte digestif, p. 199 à 232.

HÉDON. — Précis de physiologie, digestion stomacale, p. 106 à 122.

F. RAMOND. — Les maladies de l'estomac et du duodénum, Masson 1927. Histologie et physiologie gastrique, chap. VI.

HARTMANN. — Chirurgie de l'estomac, t. I, p. 78.

LEJARS. — Chirurgie d'urgence, p. 538 et 539.

MONDOR et LAURET, — Les ulcères perforés de l'estomac et du duodénum, Masson, 1923.

STEWART et BARTER. — Annales of surgery 1922, t. LXXV, p. 349.

PETREN. — Surgery gynécology obstétrics, 1912, t. XIV, p. 544.

HULRICH. — Revue de chirurgie, 1921, t. LIX, p. 467.

RYSER. — Schweizer Médiz. Wochenschrift, 1921, t. XXI, p. 923.

FINSTERER. — Wiener Médiz Wochenschrift. 1921, t. LXXI, p. 305.

FINSTERER. — Wiener. Klinischs Wochenschrift, 1921, t. XXXIV, p. 41.

KRAFT. — Archiv. ür klin. Chirurgie, 1910, t. XXXIII, p. 557.

FINSTERER. — Beiträge zur. Klinische Chirurgie, 1910, t. LXV, p. 621.

BALFOUR. — Journal of the American medical Association, t. LXXXIII p. 571.

FRAMEY. — Surgery-Gynecology and Obstetrics 1914, t. XXIII, p. 273.

SANTY. — Thèse de Lyon, 1915.

KLEIN-SCHMIDT. — Archiv. für Klinisch. Chirurgie, 1920, t. CLIV, p. 573

SCHMITZLER. — Médiznische Klinik, 1912, t. VIII, p. 398.

XLI^e Congrès de la Société Allemande de Chirurgie, avril 1912.

DELORE et SANTY. — Lyon Chirurgical 1914, t. XI, p. 222.

BALFOUR. — Journal of the American médical Association, 1912, t. LXXXIII, p. 571.

KLOITER. — Beiträge zur Klinisch Chirurgie, 1920, t. CXIX, p. 247.

ABADIE. — Congrès Français de Chirurgie 1921.

RICCARD et PAUCHET. — Congrès Français de Chirurgie, 1910.

HOUDARD. — Congrès Français, 1913.

W. MAYO. — Annals of Surgery. 1931, p. 691.

HABERER. — Arch. für Klinische Chirurgie, 1921, t. CXVII, p. 50.

A. KOCHER. — Archiv. für Klinische Chirurgie, 1921, t. CXX, p. 86.

NOWAK. — Archiv. für Klinische Chirurgie, 1921, t. CXIV, p. 518.

DUVAL, ROUX et BÉCLÈRE. — Etudes médicales, chirurgicales et radiologiques sur le duodénum, Masson, 1924.

DELORE et CREYSSSEL — Journal de Chirurgie, avril 1925, p. 397.

H. MONDOR. — Diagnostics Urgents abdomen, p. 220-221.

H. MONDOR. — Sur le diagnostic des ulcères perforés (estomac et duodénum) (*Bulletin médical* du 13 décembre 1930, p. 903 à 909).

JUDINE. — Nouvelle série d'ulcères perforés de l'estomac et du duodénum (*Journal de chirurgie*, t. XXXVIII, août 1931, p. 159 à 189).
